

**현금 지원 직접 입금처리 등록서**  
**Cash Assistance Direct Deposit Enrollment**

하나를 표시하십시오  
 신규 요청     계좌 변경     직접 입금처리 취소

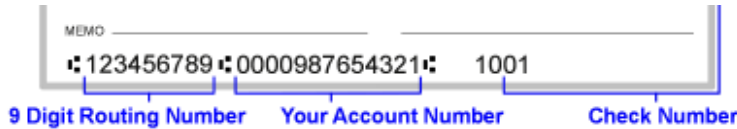
개인 신상 정보 정자체로 명확하게 기입해 주십시오.

이름(성, 이름, 중간이름 이니셜 순으로 기입)	전화번호(지역번호 포함요)
우편 주소	
귀하의 수혜자 신원 번호 또는 사회보장번호	

**금융기관 정보**

금융기관명	지점 위치(시, 주)
라우팅(ROUTING) 번호	계좌번호
계좌 유형(하나를 선택하십시오) <input type="checkbox"/> 당좌예금    또는 <input type="checkbox"/> 저축예금	계좌 소유자 이름

주: 인쇄된 예금 전표, 무효화된 수표 또는 계좌의 귀하 이름, 계좌번호와 라우팅 번호가 제시된 금융기관 인쇄물을 포함하십시오.



두 페이지를 모두 읽은 후 서명하십시오.

본인은 보건사회부(DSHS)에 본인의 현금 보조금을 위에 제시된 계좌에 직접 입금하도록 권한을 부여합니다. 본인의 계좌 정보가 변경될 경우 즉시 DSHS 에 통지할 것입니다. 본인은 직접 예금을 변경하기 위해 새로운 권한부여 승인서를 제출할 것입니다. 본인은 DSHS 에 통지함으로써 직접 예금을 중단할 수 있습니다. 가입이 완료되면 현금 입금 혜택이 월의 첫 번째 은행 영업일에 실시될 것입니다.

본인은 위의 내용을 읽고 이해합니다.

서명	날짜
----	----

**공무란 (Office Use Only)**

DATE RECEIVED	ENTERED BY
---------------	------------



## 현금 지원 직접 입금 가입

**DSHS 는 현금 수당을 귀하의 은행 계좌에 입금할 수 있습니다.**

직접 입금을 받으시려면 다음을 따르십시오.

1. 이 페이지의 반대쪽에 있는 양식을 작성하고 서명하십시오.
2. 은행이나 신용기관으로부터 사전에 인쇄된 무효화된 수표나 예금 전표 또는 계좌의 귀하 이름, 계좌번호와 라우팅 번호가 제시된 금융기관 인쇄물을 제공하십시오.
3. 다음 중 한 가지 방법을 이용하여 직접 입금 가입 신청을 제출하십시오:
  - 1) 우송:  
DSHS Customer Service Center  
PO BOX 11699  
TACOMA, WA 98411-6699
  - 2) 팩스 1-888-338-7410
  - 3) 지역 사무소 제출, 위치는 [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) 에서 확인하십시오.

귀하의 참여 신청서를 수령한 날로부터 직접 입금을 시작하는데 최대 2 개월이 걸릴 수 있습니다. 직접 입금이 시작되기 전에 귀하께 서신이 전달될 것입니다.

**귀하는 다음을 하기 위해 직접 입금을 할 때 워싱턴 QUEST EBT 카드가 필요하게 됩니다.**

- a) 식료품점에서 식품 혜택 지출
- b) 직접 입금이 시작되기 전에 현금 혜택 받기
- c) 직접 입금 종료 후 현금 혜택 받기

현금 혜택은 매월 첫 은행 업무일에 입금됩니다. 예를 들어 월의 첫째 날이 토요일일 경우 귀하의 보조금은 월의 셋째 날인 월요일에 입금됩니다.

### 직접 입금을 중지하려면:

- a) 직접 입금 부서(Direct Deposit Unit) 1-888-235 -2954 에 전화, 또는
- b) 우편으로 취소 요청:  
DSHS Customer Service Center  
PO BOX 11699  
TACOMA, WA 98411-6699
- c) 팩스 취소 요청 1-888-338-7410
- d) 지역 사무소에 취소 요청 제출, 지역 사무소 위치는 [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) 에서 확인하십시오.

귀하의 요청을 수령한 날로부터 직접 입금을 **취소**하는데 최대 2 개월이 걸릴 수 있습니다. 직접 입금에 관한 질문이 있으시면 DSHS Direct Deposit Unit 1-888-235-2954 로 전화해주십시오.